

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° 259

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabriel MANIEL

Né à Céret (Pyrénées-Orientales) le 26 septembre 1883

DE

l'Accouchement par présentation du Siège

A LA CLINIQUE TARNIER (1898-1909)

Statistique et considérations cliniques

Président : M. BAR, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

259

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabriel MANIEL

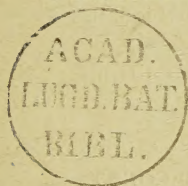
Né à Céret (Pyrénées-Orientales) le 26 septembre 1883

DE

l'Accouchement par présentation du Siège

A LA CLINIQUE TARNIER (1898-1909)

Statistique et considérations cliniques



Président : M. BAR, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.		DELBET
		QUENU
Clinique chirurgicale.		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements.		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.		POZZI
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

Avant d'aborder notre très modeste travail, nous nous faisons un devoir de remercier tous les maîtres qui ont contribué à notre éducation médicale.

Nous remercions tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier pour leur enseignement qu'ils nous ont si largement prodigué pendant nos premières années d'études. Nous nous souviendrons toujours de la bienveillance avec laquelle M. le professeur Ville nous a sans cesse accueilli.

Nos remerciements vont aussi à nos chefs de service de l'hôpital civil de Perpignan : Messieurs De Lamer, Massot, Sabarthez. Pendant notre internat ils nous ont initié aux difficultés si nombreuses et si variées de la pratique médicale. Nous n'oublierons pas les bonnes leçons qui nous ont été données.

Nous remercions aussi tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Paris dont il nous a été permis de suivre les cliniques. Mais ici nos remerciements iront surtout à M. le professeur Bar. Nous le remercions pour l'enseignement si clair et si agréable que nous avons reçu à la Clinique Tarnier. Qu'il nous permette de lui exprimer notre profonde gratitude pour l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

Nous n'oublions pas que nous devons notre sujet

de thèse à l'amabilité de M. Lequeux, nous l'en remercions bien vivement.

PLAN

Nous avons divisé notre sujet en trois parties :

Nous consacrons la première à une statistique générale allant des années 1898 à 1909.

Dans la deuxième nous passons en revue les divers facteurs étiologiques et leur fréquence pendant ce même nombre d'années.

Dans la troisième nous nous occupons du pronostic foetal dans les présentations pelviennes.

DE

L'ACCOUCHEMENT PAR PRÉSENTATION DU SIÈGE

à la Clinique Tarnier (1898-1909)

STATISTIQUES & CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

CHAPIRE PREMIER

STATISTIQUE GÉNÉRALE

La présentation de l'extrémité pelvienne est, après la présentation du sommet, celle que l'on observe le plus souvent. Si on ne considère que les cas où le fœtus est expulsé à terme, on ne trouve en moyenne qu'une présentation pelvienne sur 62 accouchements. Mais la plupart des statistiques antérieures ont été faites en ne tenant pas compte de l'époque de la grossesse à laquelle l'accouchement a eu lieu et nous avons alors des chiffres plus élevés :

M ^{me} Boivin.....	I — 33
-----------------------------	--------------

M ^{me} Lachapelle	$\frac{1}{27}$
P. Dubois	$\frac{1}{24}$
Depaul	$\frac{7}{25,6}$
Hecker	$\frac{1}{35}$
Pinard	$\frac{1}{30}$

Si l'on compare, par exemple, cette fréquence à la fréquence de la présentation de l'épaule, où la proportion donnée n'est ordinairement que de $\frac{1}{200}$, on voit de suite combien grande est la différence.

Pour que la comparaison soit plus aisée, il nous a paru intéressant de mettre dans nos tableaux le nombre de toutes les présentations constatées à la clinique Tarnier de l'année 1898 à l'année 1909.

Année 1898

Accouchement ou avortements....	1.433
Gémellaire.....	15
Avortement.....	36
Sommet	1.345
<i>Siège</i>	50
Epaule	10
Face.....	7

Année 1899

Accouchements ou avortements...	1.649
Gémellaire.....	14
Avortement.....	68
Sommet	1.527
<i>Siège</i>	56
Epaule	4
Face.....	8

Année 1900

Accouchements ou avortements...	1.638
Gémellaire.....	14
Avortement.....	62
Sommet	1.509
<i>Siège</i>	58
Epaule	12
Face.....	11

Année 1901

Accouchements ou avortements...	1.738
Gémellaire.....	12
Avortement.....	59
Sommet	1.627
<i>Siège</i>	52
Epaule	5
Face.....	8

Année 1902

Accouchements ou avortements....	1.401
Gémellaire.....	13
Avortement.....	39
Sommet.....	1.313
<i>Siège</i> ,.....	52
Epaule.....	6
Face.....	5

Année 1903

Accouchements ou avortements....	1.555
Gémellaire.....	20
Avortement.....	54
Sommet.....	1.457
<i>Siège</i>	45
Epaule.....	13
Face.....	6

Année 1904

Accouchements ou avortements....	1.650
Gémellaire.....	19
Avortement....	53
Sommet.....	1.559
<i>Siège</i>	45
Epaule.....	9
Face.....	3

Année 1905

Accouchements ou avortements....	1.679
Gémellaire.....	26
Avortement.....	80
Sommet.....	1.540
<i>Siège</i>	59
Epaule.....	15
Face.....	5

Année 1907

Accouchements ou avortements....	1.716
Gémellaire.....	12
Avortement.....	86
Sommet.....	1.441
<i>Siège</i>	94
Epaule.....	7
Face.....	10

Année 1908

Accouchements ou avortements....	1.743
Gémellaire.....	16
Avortement.....	123
Sommet.....	1.529
<i>Siège</i>	70
Epaule.....	14
Face.....	8

Année 1909

Accouchements ou avortements....	1.949
Gémellaire.....	27
Avortement.....	121
<i>Siège</i>	83
Epaule	10
Face.....	11
Front.....	1

La prédominance des présentations du siège par rapport aux présentations autres que celle du sommet, ne fait, on le voit, aucun doute. Maintenant, si du nombre total des accouchements et avortements, nous retranchons les avortements, qui se trouveront être au nombre de 781, il nous reste un chiffre total d'accouchements s'élevant à 17.370. Faisons d'autre part le total des accouchements en présentation du siège pendant ce même laps de temps, nous arrivons au chiffre de : 664. Si nous comparons ce chiffre au total des présentations de l'épaule par exemple, chiffre qui ne s'élève qu'à 105, on voit que la différence est grande. Ce chiffre de 664 nous donne par rapport aux 17.370 accouchements qui ont eu lieu, une moyenne générale de :

$$\frac{1}{27} \quad \text{ou} \quad \frac{3,70}{100}$$

Si nous la mettons à côté de celles précédemment

données, nous verrons qu'elle s'en rapproche beaucoup. Groupant toutes ces moyennes données pour n'en faire qu'une seule, nous arrivons au chiffre de :

$$\frac{1}{28} \quad \text{ou} \quad \frac{3,57}{100}$$

Nous ajouterons que cette proportion s'applique à tous les cas d'accouchement en présentation du siège, que ce soit à terme ou avant terme.

Un deuxième point intéressant est de savoir quelle est parmi les variétés de présentation de l'extrémité pelvienne la variété la plus fréquente. Disons de suite que presque toujours, au cours de la grossesse, il n'y a qu'une seule présentation, la présentation du siège complet. Le siège décomplété avec ses divers modes ne doit être considéré que comme un phénomène d'engagement, un phénomène du début du travail. C'est au détroit supérieur au moment où l'extrémité pelvienne fait son accommodation que la transformation du siège complet en siège décomplété se fait ; c'est encore au moment de la descente, les membres inférieurs pouvant rester accolés aux fesses ou se relever. Encore faut-il, pour qu'un pareil fait se produise, qu'il y ait gêne pour l'extrémité pelvienne à s'accommoder, par exemple utérus petit bassin infantile, oligamnios. Qu'elle est donc la fréquence respective des diverses variétés dans notre statistique ?

Année	Siège complet	S. décompl. m. d. fesses	S. d. m. d. pieds
—	—	—	—
1898	29	20	1
1899	27	24	5
1900	20	37	1
1901	20	22	
1902	24	23	1
1903	19	18	
1904	14	25	1
1905	13	18	
1907	59	35	
1908	38	32	
1909	49	34	1

Nous avons donc :

Sur 620 accouchements	{	S. décompleté des fesses...	278
		S. complet.....	312
		Mode des pieds.....	10

Nous n'avons pas trouvé mentionnée la présentation mode des genoux, qui, comme on le sait, est d'une extrême rareté. La présentation mode des pieds peut aussi être regardée comme rare puisque nous l'avons trouvée que dix fois. Quant aux deux autres variétés, de beaucoup les plus fréquentes, nous les trouvons un nombre à peu près égal de fois. Habituellement la présentation du siège décompleté mode des fesses est donnée comme étant la plus fréquente; dans notre statistique sa fréquence équivaut à la fréquence de la présentation du siège complet.

CHAPITRE II

STATISTIQUE D'APRÈS QUELQUES CAUSES DE PRÉSENTATION

Les facteurs étiologiques de la présentation du siège sont nombreux. Nous avons hésité sur la division à suivre. Nous aurions pu diviser les causes en deux classes : en causes produisant la présentation franche, définitive et en causes produisant la présentation accidentelle par défaut de conditions sollicitant l'accommodation du fœtus au canal utéro-pelvien, cette dernière classe étant de beaucoup la plus nombreuse. Nous avons préféré suivre la division classique, c'est-à-dire en causes tenant au fœtus, à l'organisme maternel et à l'œuf. Nous allons en passer quelques-unes en revue.

I. — Du côté du fœtus

A. — *Fœtus mort et macéré.* — Les lois de l'accommodation ne peuvent ici entrer en considération. Nous avons un fœtus mort, essentiellement réductible, qui s'accommodera de tout et pourra sortir dans n'importe quelle position ; c'est dire que les présen-

tations autres que les présentations du sommet et en particulier les présentations du siège seront fréquentes. Aussi sur 664 accouchements par le siège, avons-nous trouvé 78 enfants nés morts et macérés, ce qui nous donne une proportion de :

$$\frac{1}{8} \text{ ou } \frac{12,5}{100}$$

Ces accouchements d'enfants morts et macérés sont souvent des accouchements avant terme, au cours du septième ou du huitième mois. Le fœtus peut à ce moment-là se trouver encore dans sa position primitive, le siège en bas et la tête dans la partie supérieure de l'utérus. S'il meurt, son évolution ne se fera pas et il va rester ainsi en présentation pelvienne, jusqu'à ce que son expulsion se produise. C'est là, croyons-nous, l'explication de la fréquence des présentations du siège dans les cas de fœtus mort et macéré. L'expulsion dans ces cas de présentation pelvienne se fait le plus souvent sans difficultés, à moins que par des tractions intempestives, on ne s'expose à l'arrachement du membre inférieur que l'on aura saisi. Cet arrachement se produit ici d'autant plus facilement que l'orifice utérin mal sollicité à se dilater, l'aura pu être suffisamment pour laisser passer le corps fœtal, mais insuffisamment pour laisser la tête fœtale qui se trouve être retenue dans le segment inférieur.

B. — *Hydrocéphalie*. — L'Hydrocéphalie est une affection peu fréquente ; aussi est-elle en obstétri-

que une complication relativement rare. Nous ne la trouvons que **10** fois dans notre statistique, ce qui fait à peu près un cas sur 1.700 accouchements, alors que la proportion habituellement donnée est de 1 sur 2.000. Sur ces dix cas nous trouvons *quatre* présentations du siège. Il est naturel que la tête qui est la partie la plus volumineuse du fœtus aille se loger au fond de l'utérus qui est la partie la plus spacieuse. C'est ce qui nous explique la fréquence des présentations pelviennes dans les cas d'hydrocéphalie :

27	fois sur 60 cas (Winkel)
20	— 73 — (Schuchard)
5	— 18 — (Bertino)
4	— 10 — (Clinique Tarnier)

Cette fréquence n'est pas en réalité une mauvaise chose. En effet, quand un hydrocéphale se présente par le sommet, l'accouchement est le plus souvent impossible, pour peu que l'hydrocéphalie soit prononcée ; l'intervention s'impose et c'est à la perforation du crâne qu'il faut avoir recours. On est aussi menacé d'un grand danger, surtout si on vient à méconnaître cette hydrocéphalie ; on s'expose à voir le segment inférieur s'allonger, se dilater, se mettre, en un mot, en route vers une rupture. Avec une présentation du siège, quand la dystocie due à la tête fœtale se produit, les dangers et les difficultés sont moindres. Le siège et le tronc sont, en effet,

déjà sortis ; la tête reste seule dans la cavité utérine qui, se trouvant alors moins distendue, aura beaucoup moins de chances de se rompre. Les difficultés elles aussi sont diminuées : il est facile de faire dans ce cas une ponction crânienne, ou mieux, suivant le procédé de Van Huevel et Tarnier, d'ouvrir le canal rachidien et de glisser dans son intérieur une sonde en gomme qui, poussée jusqu'au crâne, permettra au liquide de s'écouler.

C. — *Grossesse gémellaire*. — Les présentations anormales dans les présentations gémellaires sont fréquentes. D'une part les lois de l'accommodation se trouvent être en défaut ; d'autre part il faut noter la coexistence assez souvent constatée d'hydramnios. Sur 17.370 accouchements nous avons trouvé 188 grossesses gémellaires, ce qui nous donne une moyenne de $1/92$, chiffre analogue à celui que donne Pajot, mais assez différent de celui de M. Pinard ($1/66$), chiffre qui semble un peu élevé. Sur ces 188 grossesses gémellaires, nous avons 69 présentations du siège. En réunissant les chiffres d'une foule de statistiques, Léonhardt trouva 1.252 présentations du sommet pour 541 présentations du siège. La présentation du siège du premier fœtus est intéressante au point de vue du pronostic, car elle peut donner lieu quand le deuxième fœtus se présente par la tête à la dystocie la plus souvent constatée dans la grossesse gémellaire : l'accrochement des deux têtes fœtales au moment de franchir le détroit supérieur, accrochement qui se fait soit par les mentons, soit par le

menton et l'occiput, soit encore par les régions pariétales. Cet accrochement empêche évidemment la descente de la tête du premier fœtus et ce premier fœtus devra être souvent sacrifié. Il faut citer aussi la dystocie qui se produit parfois quand le premier fœtus se présente par le siège et le second par l'épaule. Dans beaucoup de cas cependant l'accouchement gémellaire se fait sans grandes difficultés, quel que soit le mode de présentation des fœtus : on a presque toujours, en effet, des fœtus petits, peu développés, dépassant très rarement 3.000 grammes.

Il est une autre raison pour que l'accouchement se fasse aisément : une grossesse gémellaire arrive exceptionnellement à terme « *Mulieri in utero gerenti, si alvus multum fluxerit, periculum est ne abortiat* » dit un aphorisme d'Hippocrate.

II. — Du côté de la mère

A). — *Rétrécissement du bassin.* — Tout bassin rétréci prédispose aux présentations vicieuses et nous savons que dans la très grande majorité des cas cette viciation a pour cause le rachitisme. Au point de vue qui nous occupe, il y a une distinction capitale à faire entre les deux catégories de bassin que crée le rachitisme : le bassin plat rachitique et le bassin généralement rétréci. C'est là une notion de la première importance, quand on considère le pronostic de l'accouchement en présentation du

siège. Dans un bassin généralement rétréci, on a une tête qui essaye de passer fléchie au maximum, elle se visse pour ainsi dire dans le bassin et court de grands risques d'être incarcérée par la contracture des parties molles : la présentation pelvienne est dans ce cas une très mauvaise présentation et on doit tout faire au cours de la grossesse pour l'éviter. Il n'en va pas de même avec le bassin plat rachitique : c'est là, pourrait-on dire avec quelque exagération, la condition idéale pour le dégagement de la tête dernière. Dans cette catégorie de bassins, en effet, la tête a tout avantage à sortir dernière. Le danger est ici au niveau du diamètre promonto-pubien, et ce danger est moindre quand la tête est dernière, car dans ce cas elle va se transversaliser : ce n'est plus le diamètre bi-pariétal qui se présente au niveau du promonto-pubien, mais le diamètre bi-temporal, diamètre plus petit et plus réductible. La présentation du siège est donc une bonne, très bonne présentation dans les bassins plats surtout si ces bassins ne sont que légèrement touchés. Dans notre statistique sur 664 accouchements par le siège, nous avons 56 bassins plats, aucun n'ayant un promonto-pubien minimum inférieur à 10 centimètres. Ce chiffre de 56 nous donne une proportion de presque 1 bassin rétréci sur 12 accouchements par présentation du siège.

B). — *Malformation utérine.* — Dans les présentations de l'épaule, il arrive parfois qu'elles se produisent à chaque accouchement chez la même femme

et l'on ne peut alors guère l'expliquer que par une prédominance de l'axe transversal utérin. Un pareil fait se constate aussi dans les présentations du siège, et ici aussi il faut invoquer une malformation utérine. C'est la malformation que décrit Hergott en 1859 sous le nom d'utérus arqué ou cordiforme. Chez ces utérus, il persiste un reste de la cloison médiane, un **éperon** qui va être une gêne au moment où le fœtus voudra faire sa **culbute**. Sa tête restera dans la région ombilicale et ne pourra être ramenée vers le segment inférieur. C'est là une cause de présentation **primitive** du siège. Elle n'est pas la seule parmi les causes dues à l'utérus : il faut citer l'utérus infantile. Là aussi, quand le fœtus se préparera à faire son évolution, il ne pourra la réaliser : la place nécessaire lui fait défaut et le siège restera dans le segment inférieur.

L'utérus nettement cordiforme est assez rare, nous ne l'avons trouvé mentionné que **2** fois comme cause de présentation pelvienne.

III. — Du côté de l'œuf

A) *Placenta prævia*. — Si par placenta prævia, il fallait entendre tous les placentas insérés sur le segment inférieur, la liste serait longue. Sous ce nom, on ne comprend habituellement que le placenta dont l'insertion vicieuse a donné lieu à des accidents au cours de la grossesse. Sa présence sur la partie inférieure de l'utérus est une gêne pour l'accommoda-

tion et lui donne une place dans l'étiologie des présentations pelviennes. Le nombre des placenta prævia dans notre statistique s'est élevé à 62 et sur ces 62 cas, nous avons : 11 présentations du siège. Müller recueillit 1.146 cas de placenta prævia et sur ces 1.146 cas trouva 107 présentations du siège. Si nous établissons une proportion nous avons :

9,2 de présentation pelvienne pour 100 cas de placenta prævia (Müller).

17,5 de présentation pelvienne pour 100 cas de placenta prævia (Cl. Tarnier).

Les 11 placenta prævias nous donnent, par rapport au nombre d'accouchements, 1 cas de placenta prævia sur environ 60 cas de présentation pelvienne.

La présentation pelvienne est-elle réellement une présentation vicieuse dans les cas de placenta prævia ? Pour quelques auteurs, surtout pour Hofméier, la présentation du siège est la meilleure garantie contre les hémorragies : on n'a qu'à abaisser un membre inférieur et ce membre inférieur abaissé fera tampon.

Aussi non seulement conseillent-ils de laisser le siège en bas quand il s'y trouve, mais encore de l'y amener chaque fois qu'au cours du travail il se produit une hémorragie. Cette théorie qui peut paraître exagérée au premier abord, s'explique quand on considère le grand danger que constitue l'hémorragie dans les cas de placenta prævia. N'est-ce pas le

même conseil que donne Puzos quand il dit : dans tous les cas de placenta prævia, dès qu'on peut passer à travers le col, il faut aller chercher un pied et l'abaisser ?

Cet abaissement sera facile et rapide, si l'extrémité pelvienne occupe le segment inférieur ; il aura encore un autre rôle très important : ce sera celui d'activer et de faciliter le travail, ce qui répond à une indication essentielle dans le cas de placenta prævia : empêcher chez la femme qui accouche tout effort parturitif.

A) *Poly-hydramnie ou oligo-hydramnie.* — La modification de la quantité du liquide amniotique soit qu'il se trouve augmenté, soit qu'il se trouve diminué, est une autre cause de présentation pelvienne. Entre ces deux modifications une différence est à faire. Dans le cas d'hydramnios, c'est l'abondance du liquide qui empêche le fœtus de s'accommoder au cours de la grossesse ; nous aurons là une présentation du siège **secondaire**.

Dans l'oligamnios au contraire, c'est la petite quantité de liquide qui sera insuffisante pour permettre au fœtus vers le cinquième ou sixième mois de faire descendre la tête dans le segment inférieur : le fœtus est et reste dans sa position primitive, grâce à l'impossibilité où il se trouve de pouvoir en changer : nous aurons ici une présentation du **siège primitive**.

L'hydramnios est beaucoup plus fréquemment constaté dans l'étiologie des présentations pelvien-

nes que l'oligamnios. Ainsi sur les 624 accouchements par le siège, nous avons **20** cas d'hydramnios, ce qui est une forte proportion si nous comparons avec la fréquence de l'hydramnios en général. Tarnier donnait le chiffre de 1 cas d'hydramnios sur 100 ou 150 accouchements. Nos chiffres donnent dans la présentation du siège une proportion sensiblement plus élevée :

3,01 cas d'hydramnios pour 100 accouchements en présentation du siège.

1 cas d'hydramnios pour 100 accouchements en général (Tarnier).

L'oligo-hydramnie est plus rarement notée, peut-être aussi parce qu'elle est plus difficile à constater. Nous ne la trouvons mentionnée que **3** fois. Elle est cependant intéressante à noter, à cause de la prédisposition toute spéciale qu'elle crée aux malformations fœtales. L'existence d'une petite quantité de liquide fait que l'utérus s'applique étroitement sur les parties fœtales tassées les unes contre les autres. C'est aussi dans les cas d'oligamnios que l'on trouve souvent un siège décomplété mode des fesses ; dans ce cas il arrive que l'engagement peut se faire de bonne heure, parfois dès le septième mois, engagement qui peut faire croire à une présentation du sommet. Les modifications de pression sont alors portées au maximum et les déformations

fréquentes : pieds bots, mains botes, ankyloses, déviations des membres. Notons l'aplatissement des têtes fémorales et l'allongement des ligaments intra-articulaires, de là l'origine des luxations congénitales de la hanche si souvent constatées dans pareil cas et dont Verneuil niait l'existence.

Parfois même il y a déformation du tronc et peut-être est-ce là l'explication de quelques petites scolioses qui apparaissent vers l'âge de huit à dix ans. La tête elle-même présente quelquefois des déformations : comme l'a montré M. Bar, elle peut se trouver prise entre l'épaule sur laquelle elle est inclinée et la compression qu'exerce sur elle le fond de l'utérus, si bien que vue d'en haut elle prend un peu l'aspect d'un haricot.

On le voit, les causes de présentation pelvienne sont multiples. Nous ne les avons cependant pas passées toutes en revue : nous n'avons étudié que les plus fréquentes et les plus importantes. Pour que l'énumération en soit complète, nous devons citer les tumeurs utérines, surtout les fibromes du segment inférieur, qui, gênant l'accommodation, deviendront cause de présentation du siège. Les tumeurs para-utérines, en particulier les kystes de l'ovaire, soit par leur volume, soit par leur situation, sont un autre facteur étiologique à signaler. On pourra enfin invoquer la brièveté naturelle ou artificielle du cordon : nous avons trouvé un cas (Année 1909, n° 1106) où la longueur du cordon n'était que de 30 centimètres et un autre cas (Année 1909, n° 97)

où le cordon décrivait autour du cou cinq circulaires.

La fréquence des facteurs étiologiques justifie, nous semble-t-il, la fréquence des accouchements par présentation du siège.

CHAPITRE III

DU PRONOSTIC FŒTAL

Pendant très longtemps la présentation du siège a été regardée comme une présentation excessive-dangereuse, ne pouvant même pas se terminer d'une façon spontanée. Ambroise Paré fut le premier à convenir « que de semblables accouchements offrent à la vérité quelques difficultés, mais que cependant la nature peut en venir à bout et que l'art d'ordinaire n'y trouve rien d'invincible ». A la crainte des dangers que peut présenter « un semblable accouchement », il s'était ajouté, semble-t-il, une crainte superstitieuse. Quelques anciens auteurs ne donnent-ils pas comme genèse de la tyrannie de Néron ou de Richard d'Angleterre, ce fait qu'ils étaient nés par le siège !

Si aujourd'hui la présentation du siège nous paraît d'un pronostic beaucoup moins sombre, elle n'en est pas moins une présentation relativement dangereuse pour le fœtus. Toutes les statistiques fournies sur ce point en rendent bien compte ; elles donnent comme moyenne de cas de mort du fœtus :

Madame Lachapelle	$\frac{14}{100}$
Dubois.....	$\frac{9}{100}$
Pajot	$\frac{14}{100}$
Necker.....	$\frac{22}{100}$

Les dangers que court le fœtus sont en effet multiples. Ils seront d'autant plus nombreux qu'on se livrera à une intervention intempestive : c'est l'intervention avant la dilatation complète du sol. Dans ce cas, le fœtus passe très difficilement à travers des parties molles qui s'appliquent fortement sur toutes les parties de son corps et vont le **laminer** de bas en haut. Le sang peu à peu se trouve reflué vers les viscères abdominaux sous-diaphragmatiques, puis vers les viscères du médiastin et enfin vers l'encéphale. Ce reflux n'est pas sans danger et peut être la cause d'une inondation péritonéale, d'une hémorragie profuse dans le médiastin, d'une inondation pleurale ou péricardique. L'encéphale est parfois le siège d'une congestion intense pouvant occasionner une hémorragie méningée ou cérébrale. Le laminage joue donc un rôle incontestable dans l'étiologie de la mort du fœtus.

Il est un autre danger créé par l'intervention avant dilatation complète : c'est la **rétraction** du col utérin sur le cou du fœtus ou sur la tête suivant un diamètre occipito-frontal. Quand les épaules ont

franchi le col, celui-ci revient vivement sur lui-même au niveau du cou de l'enfant ; le produit de conception, dit Budin, se trouve alors emprisonné « comme le serait un bouton de chemise dans sa boutonnière ». La mort du fœtus en est souvent la conséquence. On se trouve en présence d'une rétraction que rien ne peut réussir à vaincre ; vouloir la surmonter à tout prix, c'est s'exposer à une déchirure du col se communiquant au segment inférieur. C'est exposer la vie de la mère pour avoir un enfant qu'il est impossible le plus souvent de ranimer, lorsqu'il a la rare chance de naître vivant. La seule ressource que l'on ait est d'attendre que la rétraction cède pour terminer l'accouchement.

Plus grande est cette attente, plus nombreux sont les dangers de mort pour le fœtus : il risque de mourir par asphyxie grâce à des mouvements inspiratoires prématurés. Il fait rentrer dans sa trachée du liquide amniotique, parfois même du méconium ; il arrive à obstruer ses voies aériennes suffisamment pour empêcher la respiration de s'établir. Si ces mucosités aspirées dans les voies respiratoires n'asphyxient pas le fœtus, elles peuvent être et sont souvent la cause au bout de deux ou trois jours d'une broncho-pneumonie fréquemment mortelle.

Une autre cause de mort par asphyxie est réalisée par les troubles qui peuvent se produire dans la circulation utéro-placentaire. Si le dégagement du tronc se fait lentement, la rétraction de l'utérus et le décollement du placenta, qui en est parfois la consé-

quence, vont commencer à se faire alors que la tête n'est pas encore sortie ; les échanges entre le sang de la mère et celui du fœtus peuvent être tellement diminués que l'asphyxie fœtale en est la conséquence.

La vie du fœtus est encore menacée par les dangers que lui fait courir le cordon par sa procidence relativement fréquente et par la compression que le cordon subit entre le segment inférieur et les parties fœtales. La procidence en elle-même est une chose assez rare puisqu'en prenant les chiffres extrêmes, M^{me} Lachapelle donne 1 procidence sur 380 accouchements et Tarnier 1 sur 86. Mais dès qu'il y a présentation vicieuse la fréquence est de suite plus grande. Aussi trouvons-nous :

24 procidences sur 664 accouchements

Si nous établissons une proportion, nous avons :

1 procidence sur 27 accouchements

Pour s'expliquer cette grande fréquence de la procidence du cordon dans les présentations pelviennes, il ne faut pas oublier que dans ces cas le cordon se trouve presque tout entier dans le segment inférieur tout près à faire hernie à travers l'orifice utérin. Peut-être aussi l'extrémité pelvienne s'accommode moins exactement au segment inférieur qu'une présentation céphalique et il y a place pour une procidence du cordon. La présentation du siège complet

semble surtout la favoriser, car sur 19 cas nous avons trouvé :

sur 19 procidences { 14 procidences avec siège complet
5 » » décompl. mode des fesses.

Cette différence du simple au triple nous a paru intéressante à noter.

La procidence n'est pas nécessaire pour qu'il y ait compression du cordon dans la présentation du siège. Cette compression est presque fatale au moment du dégagement de la tête qui va comprimer le cordon entre elle et la paroi pelvienne. Mais là le danger est proportionnel à la durée, et il suffit que l'extraction soit rapide pour que cette compression soit sans conséquence.

Il faut reconnaître enfin que les nombreuses manœuvres, auxquelles on est obligé parfois d'avoir recours, ne sont pas sans traumatiser le fœtus en dehors des accidents immédiats qu'elles créent : contusions, fractures, tiraillement des plexus..., elles diminuent la vitalité de l'enfant et par suite sa résistance aux infections. Il arrive parfois que la mort du fœtus est immédiate ; si on va maladroitement le saisir par son abdomen ou son thorax, on peut provoquer un arrêt des mouvements respiratoires.

Si nous envisageons maintenant la mortalité totale sur les 664 accouchements, nous nous expliquerons qu'elle soit assez élevée. Pour avoir une idée exacte, il faut prendre non seulement le chiffre des

enfants morts pendant le travail, mais aussi le chiffre des enfants morts pendant les 48 premières heures qui suivent l'accouchement.

Nous avons :

Enfants morts pendant le travail.....	22
— les 24 heures..	29
— 48 —	5

Ce qui nous donne un total de :

36 enfants morts sur 664 accouchements

La mortalité est donc de :

$$\frac{8,43}{100}$$

Notons le chiffre élevé des enfants morts pendant les deux premiers jours, il nous donne une proportion de 5,12 de décès pour 100. Le chiffre global de 56 serait sans doute moins élevé si nous avions cherché à éliminer les cas où des causes secondes sont venues se surajouter pour provoquer ou hâter la mort de l'enfant. Quoi qu'il en soit cette moyenne et celles que nous avons précédemment citées, montrent bien que pour l'enfant, l'accouchement par le siège est loin d'être toujours un accouchement eutocique.

On comprend alors qu'on ait pensé à améliorer se pronostic, en transformant au cours de la grossesse la présentation pelvienne en présentation du som-

met. On a demandé ce résultat à la version par manœuvres externes, version aujourd'hui considérée à peu près par tout le monde comme une bonne mesure prophylactique. Transformer une présentation du siège en présentation du sommet, c'est, en effet, se préserver de tous les accidents qui peuvent se produire quand l'enfant sort tête dernière. Aussi est-il sage devant une présentation du siège constatée pendant la grossesse, de tenter la version par manœuvres externes. Nous disons tenter et non faire, car malheureusement la version n'est pas toujours réalisable ; elle a ses contre-indications et ces contre-indications ont précisément plusieurs points communs avec les causes de présentation pelvienne. On ne fera pas évidemment une version par manœuvres externes dans les cas de grossesses gémellaires, et cependant c'est là une cause fréquente de présentation pelvienne, puisque nous

l'avons trouvé dans : $\frac{10,39}{100}$ des cas. On ne la fera

pas non plus dans les cas où la présentation est le résultat d'une accommodation : hydrocéphalie, malformation utérine, oligammios, autant de facteurs qui figurent dans l'étiologie des présentations du siège. La version n'est pas à faire non plus, comme étant alors sans aucun intérêt, dans les cas de fœtus mort et macéré, c'est-à-dire d'après notre statistique dans

$\frac{12,5}{100}$ des cas. Citons aussi l'hydramnios non comme

une cause de contre-indication à la version, mais

comme une cause parfois très difficile de maintien du fœtus dans sa nouvelle position. Nous n'osons ajouter à cette liste déjà longue les cas de bassins rétrécis que nous avons rencontré dans $\frac{8,43}{100}$ des cas.

Si la présentation du siège est ici une bonne chose, il nous paraît discutable de se refuser en principe à tenter la version par manœuvres externes.

Cette co-existence fréquente des contre-indications à la version par manœuvres externes et des causes de présentation pelvienne, fait que souvent on ne peut pas modifier une présentation du siège. La version externe peut et doit toujours être tentée, mais ce sera toujours avec prudence et assez souvent avec insuccès. Le pronostic fœtal nous paraît surtout être dans la rapidité de l'accouchement et l'habileté de l'accoucheur. Surtout ne pas intervenir trop tôt, savoir résister au fameux « prurigo trahendi », c'est là, nous semble-t-il, la condition essentielle pour éviter dans la mesure du possible, les nombreux dangers qui menacent l'enfant au cours de l'extraction. C'est aussi la condition qui permettra d'améliorer le pronostic fœtal dans les accouchements par présentation du siège.

CONCLUSIONS

I. — De l'année 1898 à l'année 1909, nous avons relevé 664 accouchements en présentation pelvienne sur un total de 17.370 accouchements. Nous avons une proportion de :

$$\frac{3,70}{100}$$

II. — La fréquence des facteurs étiologiques étudiés a été la suivante :

Fœtus mort et macéré dans.....	$\frac{12,5}{100}$	des cas
Grossesse gémellaire.....	$\frac{10,39}{100}$	—
Rétrécissement du bassin.....	$\frac{8,43}{100}$	—
Hydramnios.....	$\frac{3,01}{100}$	—
Placenta prævia.....	$\frac{1,64}{100}$	—
Hydrocéphalie.....	$\frac{0,60}{100}$	—

III. — Le nombre des enfants morts pendant le travail et les deux premiers jours a été de 56. La mortalité est de :

$$\frac{8,43}{100}$$

Vu : le Président de la thèse
BAR

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu, et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Auvard. — Traité pratique d'accouchement, 1898.

Bar, Brindeau et Chambrelen. — La pratique de l'art des accouchements, 1907.

Budin. — Leçons de clinique obstétricale, 1889.

Budin et Demelin. — Manuel pratique d'accouchements et d'allaitement, 1903.

Champetier de Ribes. — Du passage de la tête fœtale à travers le détroit supérieur rétréci du bassin dans les présentations du siège. Thèse, 1879.

Dubrisay et Jeannin. — Précis d'accouchement, 1909.

Farabeuf et Varnier. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements, 1904.

Lachapelle (M. de). — Pratique des accouchements, t. II, 1820.

Levret. — L'art des accouchements, 1766.

Mauriceau. — Traité des maladies de femmes grosses, t. I, livre II, 1681.

Obstétrique (L'). — Journal (années 1900 à 1906).

Néret. — Etude statistique sur la présentation du siège. Thèse de Paris, 1899.

Pinard. — Du palper abdominal.

Portal. — La pratique de l'art des accouchements, 1685.

Puzos. — Traité des accouchements, 1759.

Ribemont-Dessaignes et *Lepage.* — Précis d'obstétrique,
1904.

Smellie. — Traité de la théorie et de la pratique des accou-
chements, 1705.

Tarnier, Chantreuil et *Budin.* — Traité de l'art des accou-
chements, 1901.

